

### Die Rolle der Prozeßphantasie in der stationären Psychotherapie

Buchholz, Michael B.

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Buchholz, M. B. (1993). Die Rolle der Prozeßphantasie in der stationären Psychotherapie. *Journal für Psychologie*, 1(4), 64-81. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-21511>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

# Psychologie in der Berufspraxis

---

## Die Rolle der Prozeßphantasie in der stationären Psychotherapie

Michael B. Buchholz

**Zusammenfassung:** Vorgestellt wird die qualitative Auswertung eines Abschlüßinterviews mit einem Schmerzpatienten. Die Prozeßphantasie wird als „schlafende“ Metapher anhand genau spezifizierter Auswertungsregeln aus dem Transkript erschlossen. Abschnitte aus dem Abschlüßinterview mit dem Psychotherapeuten bestätigen die die Interaktion organisierende Kraft der Prozeßphantasie.

### Einleitung

Das Tiefenbrunner Abschlüßinterview (Schöttler & Buchholz 1993) war ursprünglich konzipiert worden, um einen qualitativen Maßstab für die Beurteilung des Therapieergebnisses aus der Sicht des Patienten zu gewinnen. Je mehr wir uns damit beschäftigen, die Interviews bzw. deren Transkripte zu interpretieren, umso deutlicher wurde, daß Patienten bestimmte Erwartungen an den stationären Aufenthalt mitbrachten und daß sie den Behandlungserfolg im Abgleich mit diesen Erwartungen beurteilten. Dabei handelte es sich jedoch keineswegs um bewußt sagbare, sondern eher um „zwischen den Zeilen“ zum Ausdruck gebrachte Vorstellungen über den Behandlungsprozeß, die den Charakter von Phantasien haben. Plaßmann (1986) hatte hier von Prozeßphantasien gesprochen.

In dieser Arbeit sollen an einem Transkript aus dem Tiefenbrunner Abschlüßinterview a) methodische Schritte der Ermittlung von Prozeßphantasien beschrieben und b) rekonstruiert werden, wie sie die therapeutische Beziehung steuern. Dazu steht uns auch Material aus Interviews mit den beteiligten Therapeuten zur Verfügung.

### Prozeßphantasie und Metapher

Plaßmann (1986, 93) hatte die Prozeßphantasien wie folgt beschrieben:

„Damit sind alle jene Vorstellungen gemeint, die sich der Patient (oder die Familie) und genauso sein Psychotherapeut von der Entstehung des Problems (z. B. der Krankheit) und ihrer Beseitigung (z. B. in der Behandlung) machen. Der Begriff Prozeßphantasie umfaßt also eine Untergruppe von Definitionen, die sich der Patient gibt in seiner Rolle als Träger und Gestalter eines Leidens und die sich der Behandler gibt in seiner Rolle als Leidensbekämpfer, einschließlich jener Definitionen, die beide ihrem Zusammenwirken geben. Diese Prozeßphantasien sind im Bild bleibend das geistige Programm, nach dem die Beteiligten Leidensentstehung bzw. Leidensbekämpfung vollziehen wollen. Allein die Annahme von Prozeßphantasien ist natürlich bereits eine solche: das Geschehen vor und in einer Psychotherapie wird als gesteuert von Vorstellungen gedacht, die programmartigen Charakter haben und die miteinander in Wechselwirkung treten.“

Diese Beschreibung enthält die folgenden Momente:

- der Patient als Leidensträger und -gestalter
- der Therapeut als Leidensbekämpfer
- die Definition ihres Zusammenwirkens
- das geistige Programm, das die Interaktion zwischen Therapeut und Patient steuert.

Prozeßphantasien (z. B. Therapie als „Tröstung“) präsentieren sich in der besonderen sprachlichen Figur der Metapher. Prozeßphantasien von Psychoanalytikern sind schon von Freud, wenn auch nicht ausdrücklich als solche, beschrieben worden: Der Analytiker solle sich den „Chirurgen“ zum Vorbild nehmen, einer „Spiegelplatte“

gleichen; Freud verglich die psychoanalytische Tätigkeit auch mit der des Archäologen oder mit der des „Bergführers“.

Psychoanalytische Theorie selbst ist voll von Metaphern und kann wahrscheinlich ohne solche nicht angemessen formuliert werden. Metaphern haben den ungemeinen Vorzug, Komplexität reduzieren und viele bunte Blumen zu einem Strauß bündeln zu können. Diese Eigenschaft der Metapher legt irrtümlich nahe, Metaphern für einen bloß ungenauen Ausdruck zu halten, der besser durch lexikalische Angaben präzisiert werden sollte. Diese, auf Aristoteles zurück gehende, „lexikalische“ Theorie der Metapher übersieht freilich, daß die Metapher auch umgekehrt Handlungen und Beziehungen organisiert: Wer sich das „Selbst“ seines Patienten wie eine fragile chinesische Vase vorstellt, wird nicht mit dem Hammer daran gehen, aber dies kann gelegentlich bei einem (psychischen) „Apparat“ die Methode der Wahl sein; wer Ich-„Defekte“ wahrnimmt, wird die Notwendigkeit des pädagogisch-kompensatorischen Lehrens und Lernens herausstellen (vgl. Carveth 1993); „Abwehr“ und „Widerstand“ fordern geradezu zu „militärischen“ Gegenmaßnahmen auf (vgl. Schafer 1973).

Eine solche Interaktionstheorie der Metapher (Black 1977) erweitert den Rahmen beträchtlich; sie sieht nicht nur, daß Metaphern in der Theorie Komplexität reduzieren, sondern darüber hinaus Handlungen und Behandlungen steuern. Holt (1989) geht so weit, im besonderen Fall der psychoanalytischen Metapsychologie zu vermuten, daß deren Widersprüchlichkeit darauf zurückgeführt werden könne, daß die Theorie ein Versuch sei, mit der Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit der Interaktion mit einem Patienten fertig zu werden. Das unterstreicht den Vorrang der Interaktion. Freud (1913) hatte eine solche interaktionale Metapher vor Augen, als er davon sprach, daß die Eröffnung der psychoanalytischen Behandlung mit dem „edlen Schachspiel“ zu vergleichen sei. Das ist die Prozeßphantasie des Therapeuten, die jedoch mit der des Patienten abgestimmt werden muß. Gelingen oder Scheitern dieser Abstimmung ist von enormer behandlungspraktischer Bedeutung.<sup>1</sup>

Was geschieht beispielsweise, wenn – um im Bild zu bleiben – ein Patient sich nicht an den Schachisch setzen will? Oder

mit den Figuren lieber Halma spielt? Oder statt Schach lieber Fußball spielen möchte? Wenn er nicht „Analyse“ möchte, sondern „Tröstung“, nicht „Behandlung“, sondern „Streit“? Dann konfliktieren zwei „geistige Programme“, um Plaßmanns Ausdruck aufzugreifen. Ins Zentrum des Interesses rückt deshalb hier die Untersuchung der Frage: Wie eigentlich kommt es zu einer gemeinsamen Verabredung zum Schachspiel? Welche Züge müssen dann „gespielt“ werden? Die Verabredung zum Schachspiel ist selbst nicht Teil des Schachspiels (Bateson 1982), sondern ein Vor-Spiel, das einer anderen Spiel-Logik, der verdeckter Verhandlungen<sup>2</sup>, folgt. Freud (1914, 134) beschrieb die Analyse noch mit einer anderen Spiel-Metapher, die die Interaktion unterstreicht: Sie werde ein „Tummelplatz“, wo sich die neurotischen Regungen ausspielen dürfen. Der Neurose wird damit der Ernst der alltäglichen Situation genommen, der Gegensatz zwischen Spiel und Ernst dabei selbst „spielerisch“ aufgehoben. Die Analyse transzendiert in kunstvoller Weise den Gegensatz von Spiel und Arbeit und ist deshalb beides nicht.

Doch bis dies gelingt, müssen im „Vor-Spiel“ die „geistigen Programme“ einander konfrontiert werden. Die dann resultierende Spiel-Logik ist interaktiv von „geistigen Programmen“ gesteuert, die wir als Prozeßphantasien bezeichnen und die als metaphorische Figur sprachlich artikuliert werden können.

Metaphernforscher (Lakoff & Johnson 1980) haben „tote“ und „lebendige“ Metaphern voneinander unterschieden. Lebendig sind solche, bei denen es noch ein Wissen um ihre nur metaphorische Stellung im Sprachgebrauch gibt, also solche, die das „Träumen der Worte“ (Ricoeur 1986) noch anklingen lassen; „tote“ Metaphern hingegen werden ohne dies Wissen verwendet. Diese Unterscheidung von Metapherntypen akzentuiert den Sprachgebrauch; nicht die Metapher selbst unterscheidet, sondern ihre Stellung im Kontext der Rede und des Diskurses. Die Alltagssprache ist von solchen „toten“ Metaphern voll (Beispiel: Tisch-bein<sup>3</sup>). Auch wenn sie „tot“ sind, organisieren sie dennoch Interaktion. Das „Ich“ der psychoanalytischen Theorie ist eine solche metaphorische Abstraktion, die in dem Maß, wie sie „abstarb“, dazu verleitet, Ich-Funktionen zu prüfen, als hätte man es mit einem Organ zu tun.

Prozeßphantasien von Patienten tauchen in zahlreichen psychoanalytischen Fallberichten auf. Cremerius (1977) beschreibt z. B., wie Über-Ich-gestörte Patienten die Behandlung wie eine „Gerichtsverhandlung“ gestalten. Auch die Prozeßphantasie der „Beichte“ wird jedem Analytiker bekannt sein. Bekanntestes Beispiel dürfte die Beschreibung der Anna O. sein, die ihre Behandlung als „talking cure“ und als „chimney sweeping“<sup>4</sup> metaphorisierte. Allerdings ist wenig systematisch untersucht worden<sup>5</sup>, in welcher Weise solche Metaphern die therapeutische Interaktion steuern, wie sie mit den Prozeßphantasien des Therapeuten konfligieren und ob ihre Bearbeitung einen Einfluß auf das Therapie-Ergebnis nimmt.

Emily Martins Formulierung von den „schlafenden“ Metaphern<sup>6</sup> (1993) läßt sich zwanglos zwischen die Pole der „toten“ und „lebendigen“ einordnen. Sie zeigt, wie die Beschreibung der Interaktion von Eizelle und Sperma in Biologiebüchern gesteuert ist von kulturellen, aber den Autoren selbst nicht bewußten Metaphern, die dazu führen, daß Ei und Sperma wie „Personen“ mit männlichen und weiblichen Eigenschaften ausgestattet werden, so daß ihre Interaktion als „Romanze“ erscheint. Solche Metaphern „schlafen“ und werden „erweckt“, wenn sie sich an einem geeigneten Material zur Darstellung bringen können. Spence (1987) hat in einem schönen Essay den Einfluß einer anderen „schlafenden“ Metapher gezeigt: Kasuistiken und Vignetten sind beeinflusst von der „Sherlock-Holmes“-Tradition: Der „Analytiker als Detektiv“ (Lorenzer 1985) macht sich auf die Suche nach der einen Wahrheit, die er als „Lösung“ präsentiert.

Diese *Bewegung* der Darstellung von Bedeutungen aus dem einen im anderen Kontext soll hier als „semantische Rochade“, die Worte oder semantischen Phrasen, denen die Fähigkeit der Verbindung mindestens zweier Bedeutungskontexte eignet, sollen hier als „Doppelgänger“ bezeichnet werden. Mit „semantischer Rochade“ ist der Akt des Bedeutungstransports, mit „Doppelgänger“ die sprachliche Äußerung gemeint. Die Stellung des „Doppelgängers“ in mindestens zwei Bedeutungskontexten hat den Effekt, daß er als emotional bedeutsames und herausragendes Element der Rede identifiziert werden kann. Als Beispiel kann die Rede vom „Fall“ gewählt werden. Sie deutet an, daß der krimi-

nalistische und der psychotherapeutische Kontext der Bedeutungsgebung konvergieren. An solchen Überschneidungen können sich „schlafende“ Metaphern aus dem einen Kontext im anderen darstellen, ohne auf den ersten Blick erkannt zu werden.

Unsere Hypothese lautet: „Schlafende“ Metaphern organisieren und konstruieren als deskriptiv unbewußte „geistige Programme“ Theorie und Behandlungstechnik (auf therapeutischer Seite) und subjektive Krankheitstheorie und Prozeßphantasie (auf der Seite des Patienten). Um als solche identifiziert werden zu können, brauchen sie das Verfahren der Dekonstruktion (Böhme 1990). Das hat methodologische Konsequenzen: Wenn Prozeßphantasien den Charakter von schlafenden Metaphern haben, dann können sie aus einem Interview-Text nicht direkt abgelesen, sie müssen aus ihren Elementen, vorzugsweise aus „Doppelgängern“ und aus der Bewegung der „semantischen Rochade“, also aus dem Material der Interaktion, an dem sie sich darstellen, *erschlossen* werden. Die Identifizierung emotional aufgeladener Redefragmente wäre somit der erste Schritt, ihre Bündelung in einer umgangssprachlichen Wendung<sup>7</sup> für die Formulierung der „schlafenden“ Metapher, nahe an der Sprache des Patienten, der zweite. Felman (1988; s. a. Holzman 1985) zeigt uns, daß wir vom Patienten lernen müssen, nicht wie *die*, sondern wie *seine* Verdrängung funktioniert, wie er Erinnerung als Wiederholung präsentiert – die Patientin ist, wie Freud von Cäcilie M. sagt, seine „Lehrmeisterin“ (Worbs 1983).

Mit der Ausarbeitung einer solchen qualitativen Methodologie wollen wir Bausteine zum Paradigma des „kompetenten Patienten“<sup>8</sup> beitragen. Dabei kommt es nicht auf die *Übersetzung* der Patientenäußerungen zu einem weiteren „Fall“ an – in die Sprache der Triebtheorie, der Objektbeziehungs- oder Narzißmustheorie, die dann als „Erklärung“ auftritt –, sondern das Studium seiner Mitteilungen erhellt die kreative Rolle der Therapie für die Wissenschaft. Deshalb sollen am Ende auch einige Überlegungen zur Behandlungsstrategie stehen.

## Zur Methode

Wir betrachten die Prozeßphantasie mit Plaßmann (1986; Flick 1991) als Teil der

subjektiven Krankheitstheorie des Patienten; sie reduziert Komplexität und organisiert seine deskriptiv unbewußten Behandlungserwartungen. Sie ist somit Teil seiner Wirklichkeitskonstruktion im therapeutischen Dialog. Beim *Tiefenbrunner Abschlußinterview* (Schöttler & Buchholz 1993) wird der Patient zu seinen zurückliegenden Erfahrungen während der stationären Behandlung wenige Tage vor Entlassung befragt und um eine Bewertung aus seiner Sicht gebeten.

Um rekonstruieren zu können, wie die Beziehung zwischen Patient und Therapeut durch die Prozeßphantasie organisiert wird, sind wir dazu übergegangen, auch die beteiligten Psychotherapeuten sowie die Therapeutinnen aus den ergänzenden Bereichen (Krankengymnastik, Bewegungstherapie usw.) zu interviewen. Pro Patient kommen so mehrere Interviews zustande, die einen synoptischen Blick auf die Behandlung gestatten. So haben wir umfangreiches Material für eine qualitative Rekonstruktion der Behandlungserfahrung als einer Interaktionsgeschichte zur Verfügung.

Hier will ich an einem Beispiel aus einem von Bärbel Schöttler geführten Interview mit einem Patienten und seinem Psychotherapeuten zu zeigen versuchen, a) wie die Prozeßphantasie rekonstruiert wird, b) wie ihre Bearbeitung das Behandlungsergebnis bestimmt und c), wie sie die Interaktion mit dem Therapeuten steuert.

## Konstruktion der Prozeßphantasie

Die Prozeßphantasie ist nichts, was dem verschriftet vorliegenden Interview-Text direkt und unmittelbar zu entnehmen ist; sie ist *unsere* Konstruktion der schlafenden Metapher. Um zu zeigen, worauf unsere Konstruktion basiert, haben wir ein Verfahren gewählt, das sich an das von Dahl (1988) beschriebene bei der Identifizierung der *frames of mind* anlehnt: Wir versuchen einen „Prototyp“ zu identifizieren und suchen im Text nach „instantiations“, weiteren exemplarischen Belegen für die Prozeßphantasie.

Der Begriff des Prototyps stammt aus der kognitiven Linguistik (z. B. Lakoff 1987; Johnson 1987). Es geht dabei um sprachliche Kategorienbildung, die jedoch nicht wie Linnés Ordnung der Biologie als Taxonomie verstanden wird. Zwar kann man Konzepte – etwa über Erkrankungen – einander so kontrastieren, daß

sie keinesfalls in ein und dieselbe Kategorie fallen, aber ob sie im Sprachgebrauch dann tatsächlich so verwendet werden, ist unklar. Das Krankheitsverständnis (*illness* – im Unterschied zur körperlich-medicinischen *sickness* – bei Kleinman 1988) ist narrativ strukturiert. Der rein logisch orientierten taxonomischen Ordnung setzt die Prototypentheorie die von Wittgenstein entlehnte Idee entgegen, daß Kategorien der natürlichen Sprache sich gerade durch ihre Randunschärfe als brauchbar erweisen; Wittgenstein nannte dies die „Familienähnlichkeit“. Natürliche Sprachen werden „prototypisch“ kategorisiert. Wir wissen, was ein Witz ist; auch wenn uns in einer konkreten Situation gerade keiner einfallen mag, haben wir dennoch ein implizites Wissen davon, wann einer angebracht ist, wie er „richtig“ erzählt wird, wie man auf ihn reagieren kann usw. Kategorienbildung fängt nach dieser Auffassung (vgl. dazu den Überblick bei Streeck 1991) mit dem Prototyp an und erweitert sich entlang metaphorischer, nicht logischer Linien. „Von Prototypen aus zu generalisieren, ist eine zentrale kognitive Strategie; d. h. natürliche Sprachen sind ganz und gar metaphorisch strukturiert“ (ebda., 95). „Dinge“ werden nicht nach ihren „natürlichen Eigenschaften“ sortiert; die Prototypentheorie betrachtet die Klassifikation vielmehr selbst als einen metaphorischen Prozeß, der sich kulturell mit „belief-systems“ in Verbindung bringen läßt. Von daher gibt es gewisse Verbindungslinien zu ethnographischen Ansätzen, denn zusammen mit indexikalischen Verweisungen auf Kontexte erzeugen Prototypen kommunikative Gattungen, die als „institutionalisierte“ Lösungen des allgemeinen Problems angesehen werden können, wie Ereignisse und Erlebnisse sinnhaft thematisiert, intersubjektiv verbindlich und weitergegeben werden können (Bergmann 1987).

### Die erste Auswertungsregel:

„Doppelgänger“ und „Rochade“ → Prototyp

Die erste Auswertungsregel heißt demnach: „Konstruiere aus Doppelgänger und semantischer Rochade den Prototyp!“. Wir wählen dazu nun nicht eine beliebige Narration aus dem Interview aus, sondern erwarten, daß sich diese Elemente der Prozeßphantasie nach den ersten ein bis zwei längeren Patientenäußerungen dann formulieren lassen, wenn der Patient – wie in unserem Interview – nach seinen Erwartungen und Erfahrungen befragt wird. Damit umgehen wir das schwierige methodische Problem der Auswahl einer „narrativen Episode“; wir verpflichten uns bei der qualitativen Interpretation, den Text erst dann weiter zu lesen, wenn der Prototyp in einer Metapher formuliert ist<sup>10</sup>. Dabei wird festgehalten, welche Details des Textes im einzelnen die Formulierung der Phantasie bestimmt haben. Sie lassen sich als „Doppelgänger“ ausmachen.

Dazu nun ein Beispiel aus dem Interview mit dem knapp 30jährigen Herrn C., der wegen Schmerzen unklarer Genese in stationärer Behandlung war. Das Interview beginnt mit der Frage der Interviewerin:

Int.: Hat Ihnen Ihr Therapeut denn gesagt, worum es geht?

Pat.: Ja, Sie wollen mich interviewen, und zwar darüber, wie ich hier klargekommen bin bzw. wie ich das hier fand, positive und negative Erfahrungen oder ob es etwas gebracht hat.

Int.: Ich wollte Sie gern am Anfang erst mal fragen, mit welchen Erwartungen Sie damals hier hin gekommen sind. Wann sind sie eigentlich gekommen?

Pat.: Am ...<sup>11</sup>, die Erwartungen waren eigentlich sehr hoch. Ich hatte vorher schon mal 2 Kuren gemacht und ja, die eine Kur, da war ich so richtig fit danach, das war 19\*\*\*, und da war ich körperlich und psychisch so richtig gut drauf, das Selbstbewußtsein war stark, körperlich war ich gut drauf. Die zweite war dann nur rein psycho – also nur Therapie mit ziemlich starken ...<sup>12</sup> Das war ziemlich stressig da, man wurde mit ziemlich vielen Sachen konfrontiert, und das war also negativ mehr. Deswegen habe ich ziemlich hohe Erwartungen hieran gestellt. Ich dachte mir, wenn ich hier fertig bin, komme ich also wirklich gesund nach Hause. Ich würde sagen, das wird wahrscheinlich doch nichts, aber ich hatte es gehofft. Ich hatte auch gerechnet mit 6 Monaten. Ich habe mir extra diese Klinik ausgesucht, weil ich mir von vorneherein sagte, es muß also mehrere Monate, muß die Behandlung dauern. 6 oder 8 Wochen bringt nichts.

Nach einer anfänglichen Bestätigung der Interviewerfrage, die der Verständigung über eine gemeinsame Situationsdefinition dient, antwortet der Patient auf die zweite Frage der Interviewerin nach seinen Erwartungen mit einer ersten ausführlichen Narration. Nach zwei vorangegangenen Kuren hat er hohe Erwartungen gehabt, und diese werden spezifiziert: Er war „richtig fit danach“, und zwar sowohl „körperlich und psychisch gut drauf“. Diese doppelte Nennung zeigt, daß er die Phrase „richtig fit“ (und die ihr entsprechenden wie „gut drauf“) in zwei Kontexten verwendet und diese Kontexte zugleich voneinander differenziert. Eben diese Differenz zwischen dem körperlichen und dem psychischen Kontext wird wiederholt; der Patient sagt, wie um zu unterstreichen, noch einmal: „Das Selbstbewußtsein war stark, körperlich war ich gut drauf“. Die Differenz wird begründet, wie seine nächste Äußerung klar macht: Die „reine Psycho“-Kur, „nur Therapie“, war „stressig“, es gab viele Konfrontationen, eher „negativ“. Weil diese

negativen Erfahrungen dem Aufenthalt in Tiefenbrunn vorausliefen, hat er „deswegen“ „ziemlich hohe Erwartungen“ gestellt.

Die in dieser Narration zum Ausdruck gebrachten Vorerwartungen (aus Vorerfahrungen) an Tiefenbrunn lassen ein Muster erkennen: Es ging ihm weniger um das „Psychische“, weil das mit „Konfrontationen“ und „Negativem“ verbunden war; er differenziert es zweifach vom Körperlichen. Die Rede vom „Fit-Sein“ wird aber zugleich in beiden bedeutungsgebenden Kontexten verwendet; der „Doppelgänger“ der „Fitneß“ rochiert zwischen beiden Kontexten hin und her. Deshalb setzt er den Behandlungserfolg in einer psychotherapeutischen Klinik ebenfalls mit „Fit“-Sein und „Körperlich gut drauf“-Sein gleich. Dieser semantischen Rochade zwischen den beiden rekonstruierten Kontexten fügt sich auch die auffallend dingliche Formulierung „das Selbstbewußtsein war gut“ ein. Die Formulierung „das“ (nicht: mein) Selbstbewußtsein distanziert das Psychische; indem der Patient Körperliches und Psychisches voneinander differenziert, muß er „semantisch rochieren“, mit der Folge, daß er zum Psychischen ein ähnlich distanziert-dingliches Verhältnis wie zum Körper einnimmt.

Fassen wir dies als *Elemente* der Phantasie über den Behandlungsprozeß auf, dann läßt sich der Prototyp formulieren: dieser Patient stellt sich Psychotherapie in Analogie zum „body-building“ als „soul-building“ vor; die Therapie findet für ihn an einem Ort statt, den man als „Fitneßcenter“ ausbuchstabieren könnte.

Diese Formulierung des Prototyps der Prozeßphantasie von der „Therapie als soul-building im Fitneßcenter“ ist jedoch *unsere* Metapher, nicht seine; sie reduziert die Komplexität bildhaft. Untersuchen wir den bislang mitgeteilten Text zunächst nach weiteren Elementen, die zum Prototyp dazugehören.

Offenbar hat der Patient genaue Vorstellungen über die Dauer. Er hat mit 6 Monaten gerechnet; dann ist er hier „fertig“. Das ist eine vieldeutige Formulierung, die darauf schließen läßt, daß mehrere Bedeutungen – also heterogene Kontexte – zugleich angesprochen sind; „fertig“ ist ein weiterer Doppelgänger. In einer ersten Lesart könnte man „fertig“ mit „gesund“ gleichsetzen, so wie man nach einer medizinischen Behandlung mit dieser „fertig“ ist

und dann hofft, wieder gesund seinen Alltagsgeschäften nachgehen zu können. Diese Phrase impliziert eine Vorstellung vom „Ende“ der Behandlung, nach dessen Eintreten er „wirklich gesund nach Hause“ kommen kann. Das läuft den üblichen Vorstellungen von Psychotherapie zuwider, macht jedoch Sinn, wenn man der Konstruktion folgt, wonach Psychotherapie von ihm als „soul-building“, als eine Art kräftigendes „Psycho-Training“ aufgefaßt wird. Selbst wenn man diese Textstelle alternativ als ein implizites „Fix und fertig“-Sein liest, würde sich diese zweite Lesart der Prozeßphantasie vom „Fitneßcenter“ einfügen lassen, denn auch das verläßt man erschöpft, wenn auch gestärkt, nach vollzogenem Training. Mit der Vorstellung der langen Dauer der Behandlung ist demnach, so vermuten wir, die eines besonders intensiven Trainings verbunden. Deshalb hat er sich „extra diese Klinik ausgesucht“, weil man hier länger behandelt werden kann. – Wir haben nun Elemente des Prototyps der Prozeßphantasie eruiert (fitsein, körperbezogen, keine Konfrontationen, längere Dauer, Beendigung) und diese in die Formulierung von der „Therapie als soulbuilding“ am Ort eines „Fitneßcenters“ metaphorisch gebündelt. Soll diese Komplexitätsreduktion mehr sein als nur eine willkürliche Konstruktion, müssen sich neben diesem Prototyp weitere Beispiele (bei Dahl 1988: „instantiations“) finden lassen.

### Die zweite Auswertungsregel: Implikationen

Da wir die Prozeßphantasie als „geistiges Programm“ ansehen, setzt hier nun eine zweite Auswertungsregel ein: „Untersuche die Implikationen des Prototyps der Prozeßphantasie!“. Mit Implikationen sind v. a. die spiellogeischen Anweisungen gemeint, die die Rolle des Therapeuten (als Leidensbekämpfer) und die des Patienten (als Leidensträger und -gestalter) inhaltlich konkretisieren; die Prozeßphantasie zeichnet ein Spiel im Sinne eines Dramas vor. „Body“- bzw. „soul-building“ in einem „Fitneßcenter“ impliziert<sup>13</sup>:

- Körperbezogenheit und Körperdarstellung
- Körper als Bühne der Selbstpräsentation
- „Mehr scheinen als sein“
- die Steigerung der Attraktivität

- eine Zentrierung um „Stärke“ und „Schwäche“ bzw. aus Schwäche
- ein exhibitionistisch/voyeuristisches Spiel mit dem Themenzentrum „Sehen – Gesehen-werden“

In bezug auf den Therapeuten bzw. „Trainer“ ist impliziert:

- das Erstellen eines Übungsprogramms
- allmähliche Fortschritte (also keine „Konfrontationen“)
- Anweisungen beim Training
- Lob und Tadel

Werfen wir nun einen erneuten Blick auf den Text. – *Implikation* dieser Prozeßphantasie ist v. a. die Stärkung; der Patient möchte offenbar trainiert, gestärkt, gekräftigt werden, um Schwächen vorzubeugen. Eben deshalb betont er die Länge des Aufenthaltes. Die Akzentuierung der Stärke, der (seelischen) „Fitneß“ hat somit eine kompensatorische Funktion; eine Vermutung, die gestützt wird, wenn man sich fragt: Wie „krank“ = „schwach“, wie „abhängig“ oder „bedürftig“ mag sich dieser Patient fühlen, wenn er so lange in ein psychotherapeutisches Krankenhaus gehen will? Und die genau gegenläufige Frage: Wie „stark“ = „gesund“, wie „unabhängig“ will er durch das „Psycho“-Training werden? Kann denn jemand, der so „stark“ sein möchte, überhaupt solange „schwach“ sein?

Faßt man das Moment der „Stärke/Unabhängigkeit“ als Kompensationsversuch auf, dann zeigt sich: Dieser Patient möchte zugleich (!) stark und schwach sein, und wir vermuten prognostisch schon hier, daß dies Paradox zweier unvereinbarer Selbstentwürfe das zentrale, *dynamisch* unbewußte Dilemma in der Interaktion mit dem Therapeuten darstellen wird. Eine zweite Vermutung bezieht sich darauf, daß der Patient einen semantischen Bedeutungsraum entfalten wird, in dem der Körper als ein imaginiertes „Objekt“ auftritt: Wenn er vom Körper spricht, meint er einen „Doppelgänger“, der im „ontischen“ wie im semantischen Kontext auftreten kann<sup>14</sup>. Dies wird eine zusätzliche Schwierigkeit in der therapeutischen Interaktion darstellen. Der Therapeut kann wegen dieser erneuten Rochade nie sicher sein, in welchem Kontext der Patient vom „Körper“ spricht. Was ist „wirklich“ mit dem Körper?

Die Erwartung bezüglich der Interaktion mit dem Therapeuten kann nun so konkretisiert werden: Wir vermuten, daß dieser Patient narrative Episoden aus dem Umgang mit Therapeuten berichten wird, in denen er sich als „nicht richtig behandelt“ schildert – wer zugleich stark *und* schwach sein möchte, kann diese Erfahrung nicht bekommen. Die Bedeutungsgebung der Rede vom „Körper“ wird situativ variabel unter Ausnutzung ihrer Eigenschaft als „Doppelgänger“ verwendet werden.

Das methodische Verfahren der Ausformulierung der Implikationen sensibilisiert nun für weitere Details der Prozeßphantasie, indem die Interpreten in der Gruppendiskussion ihrerseits Erwartungen an den weiteren Text ausbilden. Um jedoch sicher zu sein, daß die Prozeßphantasie nicht nur *Konstruktion* der interpretativen Generierung in der Interpretengruppe ist, gehört zur Methode die Forderung, daß die Formulierung der Prozeßphantasie sich am weiteren Text bewähren muß. Deshalb:

### Die dritte Auswertungsregel: „Instantiations“

Im Durchgang durch den weiteren Interviewtext muß es nun darum gehen, weitere Beispiele für die Prozeßphantasie zu finden. Die dritte Auswertungsregel: „Suche weitere Beispiele (instantiations)!“ dient dazu, die Redundanz der Prozeßphantasie zu belegen. Damit soll gezeigt werden, daß die Prozeßphantasie ein relativ invariables, redundantes Muster darstellt; nur ihre *Formulierung* als schlafende Metapher ist eine Konstruktion der Interpreten.

Im Interview geht es nun so weiter:

Int.: Hatten Sie sich informiert oder ...?

Pat.: Ja, da hab' ich mich informiert. Ich war in N. im „Fliedergarten“<sup>15</sup> – die machen alle nur so 6-8 Wochen Therapie. Da war die einzige Möglichkeit hier in Tiefenbrunn. Ich war also von 6 Monaten ausgegangen. Da dachte ich mir, wenn ich 6 Monate sagen wir mal körperliche Behandlung bekomme, sei's jetzt Moorbäder oder ähnliches, Krankengymnastik dann, und eben Psychotherapie, dann müßte ich nach diesen 6 Monaten hier fit rausgehen. Daß ich also nicht in Rente muß.

Int.: Um Berentung ging's bei Ihnen?

Pat.: Also für mich jetzt der Gedanke, also ganz Berentung nicht, sondern nur halbtags dann, Halbtagsfähigkeit und dann Rente. So ganz aufgeben wollte ich mich

an sich nicht. Nur ich halte also diese 8 Stunden nicht mehr durch. Ich habe so Gelenkschmerzen und das wird dann immer schlimmer, und dementsprechend hatte ich auch Depressionen, und dann halte ich es nicht mehr durch. Dementsprechend dachte ich, das muß schon in Griff zu kriegen sein. Ja, und davon bin ich natürlich sehr enttäuscht – auf der einen Seite, denn es hat mir im Prinzip nichts, ja sagen wir mal, fast nichts gebracht. Ich bin sogar noch kränker als vorher.

Manifest bewegt sich der Interview-Dialog auf der Ebene des Gebens von Informationen. Der Patient wiederholt zweifach erneut, daß er von einer 6-monatigen Therapie ausgegangen sei (das Element des „Endes“) und daß seine Erwartung sich auf körperliche Behandlung (Element des „Körpers“) gerichtet habe. Dies wird spezifiziert: er hatte sich „Moorbäder oder ähnliches, Krankengymnastik“ vorgestellt – und Psychotherapie in zweiter Linie. Redundant spricht er davon, wieder fit „rausgehen“ zu wollen, eine Formulierung, die wiederum das „Ende“ impliziert.

Wir finden in diesem Muster die schon beim Prototyp genannten Elemente der Prozeßphantasie wieder. Dann folgt die Erwähnung der „Rente“ so, daß deutlich wird: Berentung möchte er, knapp dreißig Jahre alt, vermeiden. Das ist ein sozialer Aspekt der „Schwäche“, die der Patient fürchtet, denn sie würde ihn „abhängig“ machen. Die Prozeßphantasie des „soul-building in einem Fitneß-center“ dient, in einer psychodynamischen Formulierung, der Abwehr dieser Angst; sie muß „in Griff zu kriegen sein“ – eine Formulierung, die die kompensatorische Funktion der „Stärke“ bestätigt: Der Patient zeigt Schwäche (Rente) und Stärke zugleich.

Im Anschluß an die Nachfrage der Interviewerin wird das Thema der Berentung (im semantischen Horizont der „Schwäche“) differenziert: Er hatte sich vorgestellt, halbtags zu arbeiten, „und dann Rente“. Dies „halb und halb“ instantiiert erneut die oben ausgesprochene Vermutung, der Patient wolle zugleich „stark *und* schwach“, „unabhängig *und* abhängig“ sein. Der nächste Satz dann vertieft plötzlich das Thema der Schwäche: Es geht nicht nur um Berentung, sondern es droht die Gefahr der Selbstaufgabe. Der Patient muß, wie es eine Implikation formuliert, „aus Schwäche stark“ sein. Auf der anderen Seite hält er „diese 8 Stunden nicht mehr durch“. Dies begründet er nun – ganz in der Sequenz-Logik der textlichen Äußerungen – mit seiner subjektiven



Ätiologie-Theorie. Sie lautet: *Erst* waren „so Gelenkschmerzen, und das wird dann immer schlimmer“, und „dementsprechend hatte ich auch Depressionen, und *dann* halte ich es nicht mehr durch“.

Diese Reihenfolge: Gelenkschmerzen → Depressionen → kein Durchhalten, stellt seine subjektive Krankheitstheorie dar, in die sich die Prozeßphantasie einbaut: Er möchte die körperliche Ursache, die Gelenkschmerzen, behandelt sehen, dann verschwinden die Depressionen, dann kann er wieder „durchhalten“. Wegen dieser Schwäche ist Psychotherapie für ihn eher „negativ“, konfrontiert „stressig“. Wo einen Moment lang die psychische Schwäche aufblitzte („mich aufgeben“), folgt sofort die kompensatorische Verschiebung innerhalb des beschriebenen semantischen Raumes auf den „Körper“ entlang der beiden Pole „Durchhalten/Stärke“ oder „Selbstaufgabe/Schwäche“. Die „Schwäche“ muß „in Griff zu kriegen“ sein – auch diese, Unabhängigkeit unterstreichende, Formulierung hebt das „geistige Programm“ des „soul-building im Fitneß-Center“ heraus; wir betrachten es als eine Bestätigung des Prototyps.

Weil die erwartete Kräftigung für ihn während des Aufenthaltes nicht eingetreten ist, ist er von seinem stationären Aufenthalt enttäuscht – wir sehen, wie die Prozeßphantasie den Bewertungsmaßstab bestimmt und die Erwartung bestätigt, daß er berichtet wird, „nicht richtig behandelt“ worden zu sein. Er ist nicht stärker, sondern „kränker als vorher“.

Unsere Prognose von Interaktionsschwierigkeiten mit dem Therapeuten erhält eine Stützung; seine subjektive Ätiologie-Theorie muß *dann* zu interaktiven Konflikten mit dem Therapeuten führen, wenn dieser die Reihenfolge umgruppieren würde und etwa erkennen ließe, daß für ihn erst die Depression und dann die Gelenkschmerzen kommen. Dann gelingt die Verabredung zum psychotherapeutischen „Schachspiel“ nur, wenn die Konflikte des „Vor-Spiels“ geklärt werden können.

Der Prototyp ist mit einem ersten Beispiel bestätigt; das Beispiel illustriert zugleich den Einbau der Prozeßphantasie in die subjektive Krankheitstheorie. Als weitere „instantiation“ zitiere ich aus einem späteren Abschnitt des Interviews.

Pat.: Das ist doch auch für die Psyche optimal, daß man morgens ein bißchen schwimmen kann im war-

men Wasser. Das regt auch ein bißchen an (...) vielleicht hat es im Endeffekt doch ein bißchen was gebracht, und ich habe gelernt, z. B. meine Grenzen muß ich stecken, d. h. nicht mehr so viel zu machen (...) Das ist für mich schwierig, die Grenzen, die die finden, wirklich so zu stecken (...) aber ich dachte, daß ich noch ein bißchen fitter nach Hause komme. Ich muß jetzt arbeiten zu hause.

Int.: Also fit meinen Sie jetzt?

Pat.: Bißchen körperlich auf Vordermann gebracht, nur so ein bißchen (...)

Das Thema „Fitneß“ hält der Patient durch; er stellt sich in der Tat Psychotherapie analog zum körperlichen Training vor und verwendet „fit“ als „Doppelgänger“ („Schwimmen ist doch auch für die Psyche optimal“), aber er teilt auch erneut seine Enttäuschung darüber mit, daß das Ziel seiner „Fitneß“ nicht erreicht worden ist. Statt dessen hat er gelernt, Grenzen zu akzeptieren. Ein Resultat der Therapiegeschichte<sup>16</sup> wird damit berichtet: Er hat das „geistige Programm“ des Therapeuten bis zu einem gewissen Grad internalisiert, aber er muß noch weiter darum kämpfen, die Schmerzen im Kontext des Körpers zu codieren.

Auch dieser Ausschnitt des Interviews instantiiert den Prototyp der Prozeßphantasie. Da ich hier das Interesse verfolge, die qualitative Auswertungsstrategie des Tiefenbrunner Abschlußinterviews an einem Beispiel vorzuführen, soll diese Auflistung der „instantiations“ genügen. Ich fasse das bisher Entwickelte in einer Graphik zusammen, in die ich gleich schon Beispiele aus dem folgenden Auswertungsschritt vorwegnehmend mit eintrage (vgl. Abb. 1).

#### Vierte Auswertungsregel: Interaktion

Der weitere Schritt lautet: „Zeige, wie die Prozeßphantasie die Interaktion steuert!“. Diese Regel soll das von der Interaktionstheorie der Metapher geforderte Moment einlösen, wonach „schlafende Metaphern“ eine interaktionsorganisierende Kraft besitzen. Dazu wähle ich aus dem Interview zunächst eine narrative Episode des Patienten mit einem körperlich untersuchenden Arzt und wende mich sodann weiteren Episoden des Patienten mit seinem Tiefenbrunner Psychotherapeuten zu. Was aus diesem Teil aus Patientensicht beschrieben wird, kann dann Ausschnitten aus dem Therapeuten-Interview gegenübergestellt werden.

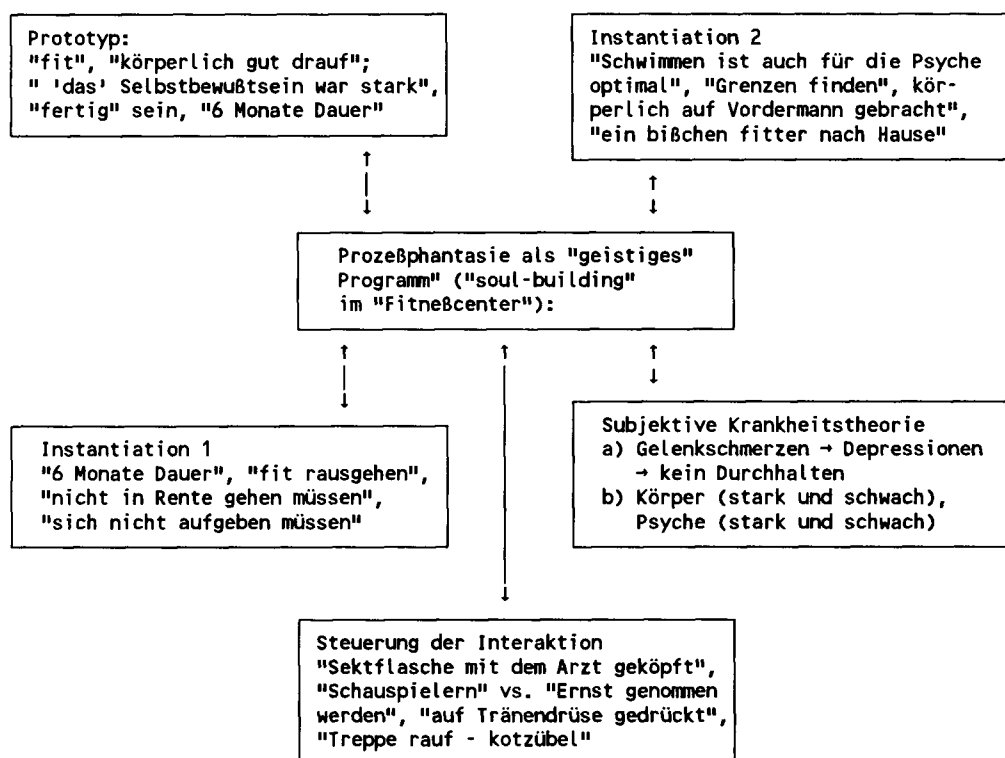


Abb. 1: Die zentrale Stellung der Prozeßphantasie

Die erste vom Patienten berichtete Episode, in der von seiner Begegnung mit körperlich untersuchenden Ärzten die Rede ist, lautet:

Pat.: Ja, ich hab noch Sachen dazugekriegt, so Schwindelgefühle, so, daß ich gar nicht klar gucken oder denken kann. Dann ist mein Knie – ich bin mit einer Meniskusreizung hergekommen, hab' dann noch Wochen gewartet, ehe das in Angriff genommen wurde. Da fiel die Äußerung, ja, das ist wieder psychosomatisch, da ist ja nichts, ich hab' dann drauf gepocht – ich möchte das gern untersucht haben, weil, es kann ja wirklich was sein. Das ist ja dieses Wechselspiel zwischen „Ist was oder ist es nichts?“, was hier ja ziemlich häufig praktiziert wird. Die winken dann ab, ja, psychosomatisch, muß man nicht behandeln, das geht von alleine wieder weg. Ja, und irgendwann bin ich dann zum Orthopäden gekommen in die Uni-Klinik – das wurde dann auch nichts wegen Terminmangel und – ich wollte mich da auch mal gründlich durchchecken lassen, weil ich so Verkalkung habe, aber die Verkalkungen sind nicht so groß, daß sie die Schmerzen hervorrufen können, sagten die einen. Die andern wieder nicht, das wurde also nichts. Da bin ich nur zum Orthopäden gekommen. Der hat gesagt: Ja, das sieht er auch nicht so. Der sagte wieder, er sähe keine psychosomatischen Zusammenhänge mit meinen Verkalkun-

gen. Aber das wurde dann auch wieder nichts. Das ist ein Orthopäde, der hat ja keine Ahnung, hat der dann wieder gesagt, obwohl ich erst zum Orthopäden geschickt wurde. Ja, und mit dem Knie – Meniskus – aber was nun, weiß er auch nicht. Da habe ich so eine Elektrotherapie bekommen, hat sich aber nichts geändert. Dann nach drei Monaten ungefähr, bin ich aufgewacht mit dem Knie und konnte es nicht mehr strecken. Dann wieder zum Orthopäden – Rollstuhl – dann bin ich hier 5-6 Tage im Rollstuhl 'rumgefahren und dann mit Krücken und jetzt ist natürlich die Frage, ist es wirklich Meniskus oder ist es nicht Meniskus. Eine Spiegelung wurde nicht gemacht – das ist ja auch nicht gerade so schonend, 'ne Spiegelung. Und dann mein Schwindel noch dazu. Es sind also Sachen dazugekommen, die ich vorher nicht hatte. Ja, und von der Therapie her, ist ja an sich gut gewesen mit Dr. B. Das war der erste Therapeut, wo ich mich richtig drauf einstellen konnte. Auch so das Spiel mit mir, so ein gleichmäßiges Gefühl oder so eine gleichmäßige Dynamik bei mir. Dann auf einmal Wut, dann geht's nach oben, ich fühle mich besser jetzt gelenkmäßig, dann geht's wieder runter.

Von der Form her fallen die vielfach ineinander verschachtelten Zitierungen auf; man kann oft nicht klar unterscheiden, gibt er das

Votum des einen oder des anderen Arztes wieder? Aber sichtbar wird, was für ihn im Zentrum steht: Seine subjektive Krankheits-theorie sucht im Kontakt mit Ärzten nach Bestätigung; kann diese nicht gegeben werden, haben die Ärzte „keine Ahnung“. Unsere Prognose aus dem Prototyp bestätigt sich: Der Patient ist „nicht richtig“ behandelt worden. Die medizinischen Maßnahmen (Elektrotherapie) zeigten nicht die erhoffte Wirkung, und es kommt zu dem, was oben schon prognostiziert wurde: Das geistige Programm steuert, was der Patient ein „Wechselspiel“ nennt: „Ist was oder ist es nichts?“<sup>17</sup> Die Befunderhebung bzw. deren Ausbleiben resultiert im seelischen „Auf und ab“ („dann geht's nach oben ... dann geht's wieder runter“). Die Frage stellt sich, was genau erwartet dieser Patient von einem medizinischen Befund? Hier wird das Interaktionsdilemma sichtbar: Würde ein positiver Befund erhoben, bedeutete dies, der Körper ist schwach; wird kein Befund erhoben, bedeutet es, die Seele ist schwach. Beide Lösungen sind für jemanden, der stark und schwach zugleich sein möchte, nicht akzeptabel; die erste Lösung allerdings würde präferiert, weil die Bestätigung der subjektiven Ätiologie-Theorie wie im obigen Beispiel die Gleichung „Körper = schwach, aber ‚das‘ Selbstbewußtsein = stark“ impliziert.

Solange dies Dilemma selbst nicht Inhalt des therapeutischen Dialogs werden kann, muß der Patient verschiedene Strategien im Umgang mit Psychotherapeuten ausprobieren, wovon wir eine in diesem Abschnitt kennenlernen. Er sagt von Dr. B., das sei der erste Therapeut, „wo ich mich richtig drauf einstellen konnte.“ Das therapeutische Beziehungsangebot lag im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten. Diese Formulierung überrascht dennoch, weil der Patient seine Strategie der Anpassung beschreibt; er hat sich auf das therapeutische „Spiel“ eingestellt, während die Thematisierung der Gleichzeitigkeit von Stärke und Schwäche hier noch nicht möglich gewesen ist.

Welche Anpassungsleistungen von seiten des Therapeuten gefordert werden, macht eine andere Interaktionsstrategie des Patienten deutlich: seine Forderung, „ernst genommen“ zu werden, die mit der Erfahrung, „nicht richtig“ behandelt worden zu sein, kovariert.

Pat.: Weil ich auch schon so viele Ärzte hatte, jeder schickt mich dann wieder zum nächsten Arzt und dann

machen die Untersuchungen und finden nichts. Und ich muß eigentlich noch 'ne Computertomographie machen oder 'ne Kernspinoase, weil ich immer noch glaube, da ist was Körperliches.

Int.: Und ernstgenommen können Sie nur werden, wenn wirklich was da ist, der Befund?

Pat.: Ja, genau. Nachdem ich meine Verkalkungen festgestellt habe, also auf Röntgenaufnahmen, habe ich eine Flasche Sekt mit meinem Arzt geköpft. Das ist doch bescheuert, wie kann ich nur, wenn ich Verkalkung habe, 'ne Flasche Sekt köpfen, aber ich war froh, daß ich irgendwas vorzuweisen hatte.

In diesem Abschnitt beschreibt der Patient erneut das „Wechselspiel“; er präferiert in der Tat die Lösung, der Körper möge schwach sein. Diese Lösung verfällt allerdings sogleich seiner „moralischen Indigniertheit“ (R. K. Merton); sie entlastet nur kurzfristig, denn schon im nächsten Satz findet er das zugleich „bescheuert“ – was aus der Perspektive einer stillschweigenden Normalitätsunterstellung (des *generalized other*, Mead 1934; Goffman 1977) gesprochen ist. Es ist, als ob der Patient mit dieser Feststellung einen inneren Dialog mit einem anderen wiedergibt, dessen Beurteilung er sich aussetzt und der es „bescheuert“ findet, bei einer solchen Gelegenheit eine Flasche Sekt zu köpfen. Indem dieser „Andere“ ins Spiel gebracht wird, läßt der Patient erkennen, daß er Erwartungen an „Normalität“ zu entsprechen gedenkt und sie prinzipiell respektiert<sup>18</sup>, auch wenn er das im Augenblick nicht kann. „Normal“ ist es, gesund (= „stark“) zu sein; die Selbstkritik ist eine Antizipation der Reaktion des Anderen.

Diese Normalisierungsstrategie macht den Widerspruch seines Selbstkonzepts (stark und schwach zugleich) im *dynamischen* Sinne unbewußt, was das Interview in großer Deutlichkeit zeigt; die Prozeßphantasie, so läßt sich nun psychodynamisch formulieren, dient angesichts internalisierter Normalitätsvorstellungen zusammen mit der subjektiven Ätiologie-Theorie der Abwehr eben dieses Selbstwiderspruchs. Der Psychotherapeut bekommt seinerseits ein Dilemma, denn wie er sich auch verhält, er kann es „nicht richtig“ machen. – Nun zu den narrativen Episoden aus dem Interview, in denen der Patient über seine Erfahrungen mit dem Psychotherapeuten Dr. B. spricht.

Pat.: Ja, da muß ich sagen, Dr. B. ist ein guter Therapeut, sogar der beste, den ich bisher kennengelernt habe, aber noch mit Einschränkungen. Weil, ich habe ihm mal gesagt, daß ich ab und zu ein bißchen den

Schauspieler raushängen lassen muß, damit ich von den Ärzten überhaupt ernstgenommen werde. Und dann kam ich denn einen Tag so die Treppe hoch, so außer Atem, konnte ich kaum die Treppe hochkommen, und da fragte er mich, ob ich Schmerzen habe. Da sagte ich: Nein, mir ist schlecht, kotzübel, deswegen komme ich die Treppe nicht hoch. Und beim nächsten Mal beim Gespräch fragte er mich, ob ich, wann ich denn immer Schmerzen habe und ob ich immer Schmerzen habe? Da sagte ich: Ich habe ständig Schmerzen, die aber dann je nachdem stärker oder ein bißchen weniger werden. Und daraufhin sagte er mir, ja den einen Tag, wo Sie da kaum die Treppe hochkamen, da sagten Sie, als ich Sie gefragt habe, haben Sie Schmerzen?, nein. Ich da muß mich dann erst wieder noch rechtfertigen, warum ich an dem Tag keine Schmerzen hatte bzw. ich hatte Schmerzen, aber die Übelkeit ist dann so stark, daß die Schmerzen nebensächlich werden. Weil, ich komme die Treppe nicht hoch, weil mir so schlecht ist, die Schmerzen beachte ich in dem Moment gar nicht. Und da muß ich mich dann wieder rechtfertigen, mußte ihm erklären, so sieht es aus, wann habe ich welche Schmerzen.

Int.: Und wie ist es mit dem Schauspielern jetzt zu verstehen?

Pat.: Wo ich dann mal das Gefühl hatte, nicht ernstgenommen zu werden. Da ist ja nichts zu sehen bei mir, man findet ja auch nichts. Und bis ich dann mal wirklich humpele, dann mal wieder nicht humpele, dann humpele ich mal wieder, und dann kam das schon mal in der Vergangenheit vor. Ich wußte nicht genau, wann das, ich dann mal ein bißchen, sagen wir mal, übertrieben habe. Daß es mir also schlecht ging und ich konnte nicht zu der Behandlung hingehen, und dann habe ich ein bißchen mehr auf die Tränenrüse gedrückt. Also ein bißchen mehr, also ein bißchen übertrieben mit meinen Schmerzen. Weil, bei mir ist es auch so, daß der Schmerzpegel ziemlich hoch ist.

Int.: Oder weniger zusammengerissen?

Pat.: Ja, das kann auch sein. Das kann natürlich auch sein. Daß das gar nicht mal Schauspielern ist, sondern sich einfach nur ein bißchen mehr fallenlassen, ein bißchen mehr nicht dagegen gehen.

Dieser Abschnitt des Abschlußinterviews wird mit einer Bewertung des Therapeuten eingeleitet. Daß der Patient überhaupt eine Bewertung vornimmt, ist überraschend, denn die Frage der Interviewerin ist offen gestellt; sie gibt keine Richtung vor. Dies mag damit zusammenhängen, daß der Patient das Abschlußinterview als „Notengebung“ auffassen muß; tatsächlich soll er ja auf einer Rating-Skala von -3 bis +3 die einzelnen Therapiebausteine beurteilen.

Die anfängliche Bewegung der Steigerung seiner Beurteilung („guter Therapeut“ bis zu „der beste“) wird durch „Einschränkungen“ abgebremsst. Der Patient läßt einen

impliziten Bewertungsmaßstab erkennen, den er durch eine nachfolgende Schilderung einer Beziehungsepisode mit Dr. B. illustrierend mit einem „weil“ anschließt. Er berichtet eine weitere Strategie des Umgangs mit Ärzten bzw. Therapeuten, die sich seiner subjektiven Ätiologietheorie konsistent einfügt: Um mit den körperlichen Beschwerden ernstgenommen zu werden, läßt er „ab und zu ein bißchen den Schauspieler raushängen“. Und er teilt mit, daß er über diese Simulation mit Dr. B. gesprochen hatte – die Therapie muß, so darf man in Parenthese einfügen, gut in Gang gekommen sein, damit das möglich war. Das „Schauspielern“ selbst bestätigt eine Implikation, die wir aus dem Prototyp abgeleitet haben: Es geht um „Sehen und Gesehenwerden“ und um „mehr scheinen als sein“ (im Sinne von: mehr Schmerzen zeigen als haben).

Interessant ist die Episode deshalb, weil es nicht um Schmerzen geht, diese sind „nebensächlich“. Der Patient ist schwach („kaum die Treppe hoch“), weil ihm „kotzübel“ ist. Der Therapeut spricht seine „Schwäche“ an und macht es falsch; hätte er ihn, vielleicht ist diese Spekulation erlaubt, einfach ohne Kommentar vorübergehend begrüßt, ihn also eher als stark behandelt, hätte er es wohl auch falsch gemacht.

Nachdem er Dr. B. das Eingeständnis des Schauspielerns gemacht hatte, kommt es an einem anderen Tag zur Begegnung auf der Treppe. Beim nächsten Gespräch, so berichtet der Patient wieder in der Form ineinander verschachtelter Zitate, wird er darauf angesprochen und erklärt dem Therapeuten, daß seine Schmerzen „je nachdem stärker oder ein bißchen weniger werden“.

## Das Zitatformat

Diese Form des Verschachtelns von Zitaten<sup>19</sup> kann genauer analysiert werden. Zitate dienen der Hervorhebung einer Darstellung; sie werden durch verba dicendi (Da sagte ich: „...“) oder durch intonatorische Markierung als solche kenntlich gemacht. Der Effekt ist die Beanspruchung einer erhöhten Glaubwürdigkeit und er wird erreicht, indem der Sprecher sich während des Zitierens in eine Lage bringt, in der er nicht selbst spricht, sondern durch ihn hindurch ein anderer – eben der, den er zitiert.

Die Affektlage eines früheren Erlebnisses kann expressiv revitalisiert werden; das Erlebnis selbst wird noch einmal reinszeniert, die Szene noch einmal gespielt und der Zuhörer, in diesem Fall die Interviewerin, gleichsam im Zuschauerraum positioniert. Das Schauspiel der Treppen-Szene findet vor ihren Augen statt. Das „jetzt“ in der Nachfrage der Interviewerin bekommt so einen doppeldeutlichen Sinn. Zunächst ist es nur ein umgangssprachliches Füllwort. Gegen diese erste, naive Lesart spricht freilich, daß eine lediglich Information suchende Nachfrage auf dieses „jetzt“ hätte verzichten können. Da es gesagt ist, ist die zweite Lesart plausibler: Die Interviewerin befindet sich mit dem Patienten in einem Dialog, wo das extern Berichtete und das in der Interview-Situation zur Darstellung Gelangende, Form und Inhalt, zusammenfallen – der Patient schauspielert vor ihr, während er davon redet.

Doch ist das „Schauspielern“ des Patienten hier nicht identisch mit den alltäglichen kommunikativen Strategien dieser Art (Goffman 1977), denn er veranstaltet es mit dem Ziel, „ernst genommen“ zu werden, wie er auf die Nachfrage antwortet, und verstrickt sich damit erneut ins Paradox seines widersprüchlichen Selbstentwurfs, das er durch ein „Wechselspiel“ nicht mit den Schmerzen, sondern mit der Bedeutung der Schmerzen zu lösen versucht – konform mit der Analyse des Prototyps. Das Drama dieses Patienten wird berührend deutlich: Der Körper ist ihm nicht verfügbar, er reagiert nicht so, wie er gebraucht würde (mal mehr, mal weniger Schmerzen), um ein Bedürfnis nach Abhängigkeit, das zugleich abgewehrt werden muß, expressiv darzustellen. Dies Bedürfnis kann nicht symbolisiert, es muß am „Körper“ ausgetragen werden.

Liest man diesen Abschnitt auf dem entwickelten Hintergrund der Prozeßphantasie und seiner subjektiven Ätiologie-Theorie, so wird sichtbar: Der Patient möchte erneut als zugleich „stark und schwach“ angesprochen werden. Der Patient ist schwach, aber aus einem anderen Grund, als der Therapeut vermutet. Die Schmerzen beachtet er „in dem Moment gar nicht“. Schwach und stark, möchte der Patient, daß beides in der Begegnung mit seinem Therapeuten angesprochen wird.

Denn die Schmerzen, d. h. der „Körper“, sind wechselhaft: mal stärker, mal weniger.

Das „Wechselspiel“ inszeniert sich hier auf einer anderen Bühne. Der „Körper“ ist ein metaphorisches Doppelgänger-Element, das redundant ins interaktive Spiel gebracht werden kann. Hier kann man nun ein Problem angehen, das mit der qualitativen Analyse narrativer Episoden<sup>20</sup> verbunden ist: Wie eigentlich baut sich die monologische Erzählstruktur in die dialogische Interaktion ein?

## Erzählung und Dialog

Das Problem des Einbaus läßt sich, so kann hier exemplarisch beschrieben werden, lösen, wenn man die Interaktion als von „geistigen Programmen“, d. h. von unbewußten Phantasien gesteuert auffaßt. Die „Verabredung zum (psychotherapeutischen) Schauspiel“ gerät nun in den Fokus der Aufmerksamkeit. Wo der Patient Stärke und Schwäche mit einem logischen „und“ verbindet, erwartet man in normaler Interaktionseinstellung ein logisches „oder“ (stark oder schwach), und die Divergenz der beiden „Spiellogiken“ generiert stringent, solange sie als solche nicht thematisch sind, ein Interaktionsdilemma: Der Patient meint, er müsse sich „rechtfertigen“. Die Strategie des „Schauspielerns“ und die des „auf die Tränendrüse-Drückens“ gehören in den mit hoher „implikativer Macht“ (vgl. Buchholz 1988) interaktiv erzeugten Problemkontext der Rechtfertigung von jemandem, der sich „nicht ernstgenommen“ fühlen kann. Sie stehen dem Patienten als bewußte, sagbare Strategien zur Verfügung. Die Prozeßphantasie dient der Abwehr eines Selbst-Widerspruchs, dessen kognitive Seite im Abschlußinterview abgebildet wird; der Patient erwartet Genesung, ohne daß dieser Selbst-Widerspruch „bewegt“ werde.

So wie die Schmerzen stärker „oder ein bißchen weniger“ werden, ist es auch mit dem „Humpeln“. Dann weiß der Patient selbst nicht mehr, wann er „übertrieben“ hat; ja, man kann sagen: Unter dem Druck stillschweigender Normalität, die authentische Glaubwürdigkeit einschließt, darf er das gar nicht mehr wissen. Das ist das Motiv der Verdrängung. Die Interviewerin bietet ihm nun eine alternative Deutung an („weniger zusammengerissen“), die der Patient fast begierig aufgreift („Ja, das kann auch sein. Das kann natürlich auch sein“).

Sie stellt auf Schwäche ein, bietet an, das Schauspielern umzudeuten. Die Frage stellt sich, weshalb der Patient diese Umdeutung assimilieren kann. Hierfür sind sicher mehrere Erklärungen denkbar. Eine hier vertretene Antwort auf diese Frage könnte sein: Das unter den Zwang zur Rechtfertigung geratene Selbstbewußtsein des Patienten wird durch diese Umdeutung situativ entlastet, denn die stillschweigende Normalitätsunterstellung wird bestätigt und zugleich ihr Druck gemildert. Damit wird das Interaktionsdilemma entmoralisiert. Wiederum ganz der Logik der unbewußten Gleichungen folgend, wird „das“ Selbstbewußtsein stark in dem Augenblick, wo der „Körper“ wieder schwach sein darf.

Wir sehen in diesem Abschnitt beides: Prozeßphantasie und subjektive Ätiologietheorie steuern sowohl die *Bewertung* des Kontakts mit dem Therapeuten als auch die *Interaktion* mit ihm. Die Prozeßphantasie hat als „geistiges Programm“ eine zentrale Stellung; ihr eignet die Fähigkeit, spezifische Interaktionsdilemmata zu erzeugen, die nur schwer zu handhaben sind. Denn aus der Sicht des Patienten und seiner Prozeßphantasie wäre der Therapeut „stark“ (ohne „Einschränkungen“), wenn er einen Befund bestätigen könnte – aber dann wäre er kein Psychotherapeut. Wird dies Dilemma eines widersprüchlichen, dynamisch unbewußten, doch interaktiv inszenierten Selbstentwurfs nicht thematisiert, muß der Patient seiner Prozeßphantasie vom „soul-building in einem Fitneßcenter“ weiter anhängen; die schlafende Metapher organisiert seine Interaktion (mit dem Arzt, dem Therapeuten, mit sich selbst).

## Die Schilderung des Therapeuten

Die Anlage unserer Untersuchung schließt, wie schon erwähnt, auch Interviews mit den beteiligten Psycho- und Komplementärtherapeuten mit ein. Ich möchte hier eine längere Passage aus dem von Bärbel Schöttler mit Dr. B. geführten Interview wiedergeben, in dem er rückblickend zur Behandlung von Herrn C. Stellung nimmt.

Dr. B.: (...) und er zeitweise also so Schmerzen hatte, daß er sich, und das fand ich teilweise auch recht demonstrativ, in einen Rollstuhl setzte, und er nur noch mit Rollstuhl rumlief, äh, rumfuhr, bis dahin, daß er im Rollstuhl auch in den Aufenthaltsraum ging und er da

belächelt wurde in dem Sinne, da war nämlich 'ne andere Patientin, die hatte fünf Bandscheibenvorfälle, und die lief noch, und er mit seinen Polyarthralgien, aber ohne organisches Korrelat und mit Verdacht auf Meniskus, kommt mit dem Rollstuhl zingefahren. Da wurde er dann zum Teil auch als Simulant hingestellt, von dieser einen Mitpatientin vor allem, mit den multiplen Bandscheibenvorfällen. „Du im Rollstuhl – daß ich nicht lache!“. Und dann zog er sich zurück, war so gekränkt. Ihm wurde auch immer vorgehalten, „Sylvester kannst Du hier groß wie im Discoschuppen mittanzen, und jetzt, zwei Wochen später, sitzt Du im Rollstuhl, wie paßt das zusammen?“ Und wir auch manchmal den Eindruck hatten, daß er immer noch einen Tuck draufsetzen muß, wie schlecht es ihm geht, in dem Bestreben, ernstgenommen zu werden, weil er immer das Gefühl hatte, Ärzte nehmen ihn nicht ernst, bis er das dann auch, dann auch einräumen konnte, daß er manchmal die Rolle des besonders Leidenden spielt, um ernstgenommen zu werden, um Aufmerksamkeit zu erregen, also noch einen Tuck drauf tut. Und ich ihm dann aber klar gemacht habe, daß er seine Glaubwürdigkeit dann natürlich in Frage stellt und andere dann natürlich auch skeptisch reagieren. Also diesen Zirkel konnten wir dann auch offen besprechen. Es war nie so, sagen mir mal, daß ich in die Rolle des Anklägers kam oder des Mißtrauischen, so in dem Sinne: „Sie spielen mir was vor“. Ich habe immer versucht, ihn ernst zu nehmen und über den Körper – er kam häufig zu medizinischen Notterminen – auch einen Zugang zu ihm gekriegt habe. Er kam dann häufig mit Schulterschmerzen, Kniegelenkschmerzen, Rückenschmerzen und ich ihn dann intensiv durchuntersucht habe und ihn dann auch ernstgenommen habe, zum Orthopäden geschickt und so. Das war 'ne wichtige Kontaktschiene.

Auch der Therapeut berichtet über das Schauspielern, das der Patient, in paradoxer Fortsetzung seines Bemühens, ernst genommen zu werden, als Strategie verwendete. Ganz offensichtlich ist das Demonstrative (Rollstuhl) am Verhalten des Patienten auch von seinen Mitpatienten gespürt und ihm konfrontierend und direkt mitgeteilt worden. Aber auch Dr. B. fand das „teilweise auch recht demonstrativ“. Dies illustriert Dr. B. durch einen narrativen Vergleich der Patientin mit den multiplen Bandscheibenvorfällen. Die Notwendigkeit der Rechtfertigung, die der Patient schon beschrieben hatte, kommt in der zweiten narrativen Episode (Discoschuppen) auch in der Form von Zitierungen zur Darstellung. Auch der Therapeut positioniert die Interviewerin – denkt man an die obigen Bemerkungen zur Zitatform – in den Zuschauerraum; die Form impliziert hier eine Aussage, die man inhaltlich ausbuchstabieren könnte. Es ist, als ob der Therapeut sagt: „Stellen Sie sich mal vor, auch die Mitpatienten ...“ Wenn Dr. B. unmittelbar

im Anschluß an die zitierte Wiedergabe der Äußerungen von Mitpatienten davon spricht, daß „wir auch manchmal den Eindruck hatten, daß er immer noch einen Tuck draufsetzen muß“, bleibt offen, ob das „wir“ sich auf die Gruppe der Therapeuten oder auch auf die der Mitpatienten bezieht. Doch beide haben offenbar einen ähnlichen Eindruck: Der Patient „übertreibt“ (um die Formulierung des Patienten zu benutzen). Die Frage der Mitpatienten („Wie paßt das zusammen?“) illustriert die Konfrontation der alltäglichen Interaktionserwartung mit der Prozeßphantasie des Patienten: *entweder zu Sylvester tanzen oder Rollstuhl, entweder stark oder schwach.*

Wendepunkt in der Therapie scheint die Konfrontation mit der „Glaubwürdigkeit“ gewesen zu sein; wo der Patient vom „Wechselspiel“ gesprochen hatte, verwendet der Therapeut eine andere Metapher, die vom „Zirkel“. Beide Metaphern haben den gleichen semantischen Überschneidungsbereich: Die Metapher vom „Wechselspiel“ weist, ebenso wie die vom „Zirkel“, auf eine Aktivität hin, die nichts bewegt, von der niemand bewegt wird, die fruchtlos endet. Beide Metaphern sind im Sinne der kognitiven Linguistik (Lakoff & Kövecses 1987; Quinn 1982) deshalb Emotionswörter; sie kommunizieren eine geteilte, frustrierende emotionale Erfahrung, indem sie den Hörer das gleiche „Szenario“ imaginieren lassen.<sup>21</sup>

Diese Übereinstimmung des semantisch „Gemeinten“ verweist auf ein ähnliches Interaktionserleben beider Beteiligten. Sie sehen einen Interaktions-„Zirkel“ und können ihn beschreiben; aber es gelingt noch nicht, ihn aufzulösen. Der Patient verwickelt sich und den Therapeuten dann in neue paradoxe Dilemmata; denn wer ernst genommen werden will, kann das nur schlecht mit dem Mittel des Schauspielerns erreichen. Dies zweite Dilemma freilich ist therapeutisch konstruktiv aufgelöst worden.

Man kann sehen, wie das Tiefenbrunner Abschlußinterview unter Einschluß der beteiligten Therapeuten einen Therapieverlauf – wenn auch mit Gewißheit nie vollständig – zu rekonstruieren und einige derjenigen Stellen zu markieren gestattet, bis zu denen ein Therapieprozeß „gelaufen“ ist. Darüber hinaus kann die besondere Rolle des stationären settings plausibel gemacht werden.

Das Eingeständnis des „Schauspielerns“ ist beiden Beteiligten als mitteilenswerte Epi-

sode im Gedächtnis haften geblieben; es war möglich, weil die Mitpatienten hier durch ihre Konfrontationen eine kotherapeutische Aufgabe übernommen haben und der Therapeut deren Bemerkungen nutzen konnte, ohne selbst in die Rolle des „Anklägers“ zu geraten, was er als eine Gefahr deutlich wahrnahm und ausspricht. – Dies wurde ermöglicht durch eine andere Beziehungsdimension, über die der Therapeut auch berichtet.

Dr. B.: Also, so das Schmerzsyndrom diene so der narzißtischen Restitution nach dem Tod des Vaters, so daß ich überhaupt keine Erwartungen hatte, daß das Schmerzsyndrom weggehen würde. Und weil, das hat er schon seit 12 Jahren. Der Vater hatte damals schon Gelenksbeschwerden, und er bekam quasi das gleiche Symptom wie der Vater, mit dem Tod des Vaters, der plötzlich an Herzinfarkt verstarb (...) gab es so Phasen, wo er mir so richtig ans Herz gewachsen ist. Und wo ich so spürte, er sucht was Väterliches bei mir (...) Er wohnt in der elterlichen Wohnung, in der er aufgewachsen ist, in N., in der Wohnung, wo er vorher auch beide Eltern verloren hat. Also er hat zwar alles umgebaut und neue Möbel hingestellt, aber jeder Blick nach draußen erinnert ihn an die Kindheit, ne', das ist der gleiche Blick wie aus seinem Kinderzimmer (...) Ja, er hat auch Video. Und da hat er sich einen Film angeguckt, wo ein Vater seinen Sohn sucht oder umgekehrt der Sohn seinen Vater sucht und er bitterlich anfangen mußte zu weinen, weil ihm sein eigenes Lebensschicksal wieder daran deutlich wurde, und die Sehnsucht, es würde klingeln und der Vater steht vor der Tür, und er ist wieder vereint mit seinem Vater. Und als er mir das erzählte, er auch mit seinen Tränen kämpfte. Und das also nur als eine Episode, wo ich gespürt habe, er hat im Grunde ganz tiefe Beziehungswünsche, im Grunde ein väterliches Ersatzobjekt zu finden, und ich diesen Beziehungswunsch auch in der Beziehung zu mir gespürt habe.

Int.: Aber das durfte er nicht so zugeben, vor sich selbst?

Dr. B.: Doch, dann ja, aber zunächst mal langweilig und Schmerz; beim Nachhaken schon, daß diese tiefe Traurigkeit seine Schmerzen dann auch verstärkt hat.

Mit einem psychodynamischen Verständnis läßt sich vermuten: Wenn der Patient – wie in den obigen Abschnitten beschrieben – die Zitatform benutzt und vor der Interviewerin „schauspielt“, dann spielt er den Vater; der Vater ist der andere Sprecher. Weil der Therapeut mit diesen intensiven Beziehungswünschen des Patienten in Resonanz war, brauchte er ihn nicht konfrontierend anzugehen, aber er konnte es nutzen, wenn solche Konfrontationen durch die Mitpatienten vorgefallen waren. Der Schmerz dieses Patienten ist die Trauer.

## Schlußbemerkung

Offenbar ist es möglich, mit dem Tiefenbrunner Abschlußinterview nicht nur den subjektiven Bewertungsmaßstab eines Patienten zu ermitteln, sondern darüber hinaus die Beziehungserfahrung aus einer Therapiegeschichte qualitativ zu rekonstruieren. Stationäre Psychotherapie kreiert Antwortmöglichkeiten auf von Patienten eingebrachte Interaktionsdilemmata – deren Last auf die Schultern des Teams verteilt werden kann, wie auch Rudolf (1992) betont –, die von Prozeßphantasien in Gestalt schlafender Metaphern gesteuert sind.

Im Interview beurteilt der Patient jeden einzelnen Therapiebestandteil äußerst positiv (die Gespräche mit dem Einzeltherapeuten werden mit +2 bewertet, die mit dem Oberarzt mit +3; erwartungsgemäß würde er die Körperwahrnehmung am liebsten mit +20 bewerten), aber im scheinbaren Widerspruch dazu beurteilt er das gesamte Therapie-Ergebnis negativ mit -3! Die Gesamtbewertung ist somit nicht annähernd das arithmetische Mittel aus den therapeutischen Einzelbausteinen. Es waren solche Befunde, die uns zu einer qualitativen Auswertung veranlaßt haben. Im konkreten Fall überrascht diese Gesamtbeurteilung nicht, denn der Patient hatte ja davon gesprochen, noch kränker als vorher zu sein. Aber es gibt zu denken. Offenbar nämlich kam es nur zu einer partiellen Verabredung zum psychotherapeutischen „Schachspiel“, weil die Unterschiedlichkeit der Vorstellungen davon, welches Spiel (das organische oder das psychische, das des Patienten oder das des Therapeuten) gespielt werden solle, nur schwierig zu thematisieren war. Darin bestätigt diese qualitative Untersuchung die klinischen Erfahrungen der Beziehungsfällen mit solchen Patienten, wie sie kürzlich auch von Rudolf (1992) beschrieben worden sind. Erkennbar wird aber auch, daß die Therapie dieses Patienten in dieser „Vorfeld-Klärung“ bestand und durch eine Kombination von konfrontativer Strategie (durch Pflegepersonal und Mitpatienten) und empathischer Resonanz (durch den Einzeltherapeuten) einiges erreicht werden konnte. Wir glauben gezeigt zu haben, daß die Stellung der Prozeßphantasien und die von ihr erzeugten Interaktionsdilemmata im klinischen Alltag verstärkte Aufmerksamkeit beanspruchen können. Dies gilt auch für die therapeutische

Seite; möglicherweise könnte eine therapeutische Einstellung, die das Klageverhalten eines solchen Schmerzpatienten nicht nur als Bericht über seinen körperlichen Zustand versteht, sondern als Beziehungswunsch, als Bedürfnis, anzuklagen wegen eines uralten Unrechts, die also Klage und Anklage zu den Beziehungssymptomen mit dazu nimmt, zu einer integrativen Behandlungsstrategie ausgearbeitet werden, wie auch Rudolf andeutet.

Hier ging es darum, zu zeigen, mit welchen qualitativen Auswertungsregeln und auf welchem Theoriehintergrund Prozeßphantasien ermittelt werden können. Das Tiefenbrunner Abschlußinterview mit Einschluß der Therapeuten-Interviews stellt eine Möglichkeit dar, einen Behandlungsverlauf als „Therapiegeschichte“ und genauer: als „Interaktionsgeschichte“ aus der Sicht mehrerer Beteiligter zu rekonstruieren. Es ging darum, die Methodik des Verfahrens und der qualitativen Auswertung zu demonstrieren und dabei psychotherapeutisches Geschehen als Interaktion sichtbar zu machen.

Das Problem der Aggregierung qualitativ erhobener Befunde bleibt zunächst ungelöst; aber eine Richtung unserer Überlegungen soll doch noch angedeutet werden. Grande et al. (1992) hatten gezeigt, daß aus den ersten 3 Minuten eines psychoanalytischen Interviews das Geschlecht des Patienten erschlossen werden kann. Dabei wiesen sie auf Formulierungen hin, die sich auch bei Herrn C. finden, wie z.B. die Vorstellung, die Krankheit „in den Griff kriegen“ zu wollen. Solche – im kulturellen Stereotyp als „männlich“ zu charakterisierenden – Formulierungen bei gleichzeitiger größerer Wehleidigkeit (wie der Vergleich mit der Bandscheibenpatientin zeigt) könnten darauf verweisen, daß Prozeßphantasien auch kulturell codierte Elemente enthalten. Geschlechtsrollen-Stereotypen sind auch in anderen Untersuchungen (z.B. Beckmann 1976, 1979, 1989) als wirksam bei der Einstellung zur Erkrankung nachgewiesen worden. „Stärke“ und „Schwäche“ bei Herrn C. könnten auch in diesem Bezugsrahmen (etwa als unbewußter Wunsch, zugleich „männlich“ und „weiblich“ sein zu wollen) verstanden werden. Doch so sinnvoll eine solche Spekulation für die therapeutische Praxis sein mag, sie läßt sich nicht eindeutig aus dem Interview bestätigen. Insofern müssen unsere Versuche einer kulturellen Systematik noch ganz tastend bleiben.



## Anmerkungen

- 1 Baranger & Baranger (1966, 70 ff.) schreiben: „... the fantasies of illness and cure are able to coincide in the patient and in the analyst ... The patient comes to the analysis with a fantasy of what is occurring to him, of his 'sickness', and also with a fantasy of the work of his analyst towards his cure. The analyst, as well, has a general fantasy of his work, and a particular one of the structure of the patient, of his disturbances, of what his treatment is going to be. In one, as in the other, these original fantasies are structured as the bipersonal field is established, and evolve with its dynamics ... This fantasy of the pathology of the field and of the type of work to be done, largely determines the conduct of the patient and his way of cooperating or not cooperating with the work“.
- 2 Deshalb hatte Flick (1991, 18) einen wichtigen Aspekt der psychotherapeutischen Interaktion als „Verhandlung über subjektive Krankheitstheorien“ beschrieben (vgl. auch Eckert & Biermann-Ratjen 1990; Wallerstein 1990, 917).
- 3 Gay (1984) kann man entnehmen, daß die Metapher des „Beines“ um die Jahrhundertwende noch „lebendig“ war: Die verschörkelten Beine eines Flügels wurden – der Forderung von Sittenwächter-Vereinen folgend – verhüllt, um unzüchtigen Phantasien vorzubeugen.
- 4 Während der Ausdruck ihrer Therapeuten, Katharsis, das gleiche Interaktions-Geschehen aus deren Perspektive beschreibt, insgesamt aber nicht so arg verschieden sein dürfte – ein Beispiel für die These, daß Interaktionen perspektivisch rotierend durch Metaphern (auch wissenschaftlicher Form) Komplexität reduzieren.
- 5 Kasuistische Beispiele etwa bei Abend (1979); Goldberg (1991); Whitman (1980).
- 6 Es ist nicht ungewöhnlich, daß Metaphern selbst wiederum nur metaphorisch bezeichnet werden können, das liegt in der Natur der Sache. Weinrich (1963) zeichnete eine bestimmte Form der Metaphernverwendung als „kühn“ aus.
- 7 Diese umgangssprachlichen Wendungen scheinen für Einzelfallstudien von erheblichem Nutzen zu sein. Kächele (1992) beschreibt die Entwicklung der Übertragung von Amalia X. in solchen Metaphern: „The Analysis as confession“, „The analysis as an examination“, „the poor girl and the rich king“ usw. v. Benedek (1992) zeigt, daß Analytiker zu Beginn eines Behandlungsprozesses akademisch-fachsprachlich über ihre Patienten sprechen, nach einem Jahr jedoch umgangssprachlich und damit „wärmer“. Vgl. auch zum Verhältnis von Fachterminologie und Umgangssprache die biographieanalytische Untersuchung von Riemann (1987, 30) mit psychiatrischen Patienten.
- 8 Wie man in Anlehnung an die neuere Säuglingsforschung sagen könnte, wo der „kompetente Säugling“ entdeckt wird (vgl. Kächele et al. 1990).
- 9 Ich habe gezeigt, daß die „Arbeit am Widerstand“ sich eben dieser Eigenschaft der Metaphorik bedient: der Dialog bleibt anschlussfähig trotz höchst unterschiedlicher Bedeutungsgebungen der beiden Protagonisten – weil metaphorische und verwandte rhetorische Figuren genügend Randunschärfe bereit stellen (Buchholz 1992). So kann man zeigen, wie die Unwahrscheinlichkeit der Verständigung – weil eben unterschiedliche Bedeutungen gegeben werden – dennoch unwahrscheinlich wird.
- 10 Bisher ist uns nur ein Fall begegnet, wo diese Verpflichtung nicht eingehalten werden konnte. Der Patient sprach anfänglich nicht von seinen Erwartungen an die Behandlung, sondern thematisierte ausführlich die Interview-Situation, was sich rückblickend dann als Inszenierung eines unbewußten Konfliktes verstehen ließ.
- 11 Etwa 5 Monate vor dem Abschlußinterview.
- 12 Solche drei Punkte stellen ein kurzes Zögern dar. Auslassungen werden durch drei Punkte in Klammern (...) markiert.
- 13 So die Sammlung der Ergebnisse unserer Arbeitsgruppe, an der Frau Dipl.-Psych. Bärbel Schöttler, Frau Dipl.-Päd. Sabine Gebhardt und Herr Dipl.-Psych. Rainer Sachsenröder teilnehmen. Ihnen sei hier für sehr kreative Zusammenarbeit herzlich gedankt. (Vgl. zum „Body-Building“ aber auch Küchenhoff 1992, der ganz ähnliche Aspekte betont.)
- 14 Küchenhoff (1992) beschrieb diese Stellung des „Körpers“ zwischen „Unverfügbarkeit und Symbolisierung“.
- 15 Eine hier eingeführte codierte Bezeichnung für seinen früheren Behandlungsplatz.
- 16 Das Interview bezieht sich nicht auf eine Lebens-, auch nicht auf eine Krankengeschichte.
- 17 Dies Wort vom „Wechselspiel“ ist fast eine Bestätigung der „Doppelgänger“-Theorie, mit dem Unterschied, daß der Patient interaktiv und konkretisierend inszeniert, wovon wir meinen, daß es sich um einen „Doppelgänger“ in einem nur semantischen Bedeutungsraum handelt. Der Patient macht sozusagen den Unterschied zwischen Körper und „Körper“ nicht.
- 18 Eine der Basisannahmen der Ethnomethodologie bezeichnet dies als „Normalisierungsstrategie“ (Weingarten 1985).
- 19 Vgl. dazu die Überlegungen bei Bergmann (1987, 149 f.). Bergmann macht unter Rückgriff auf den Sprachsoziologen Volosinov deutlich, daß die affektiven Redemomente, wenn sie sich nicht in den Inhalten, sondern in den Formen ausdrücken, zitiert und nicht durch indirekte Formen dargestellt werden. Die bei Bergmann beschriebenen Möglichkeiten, die das Zitatformat bietet, können in einem psychodynamischen Sinne als Über-Ich-Entlastung aufgefaßt werden; man darf z. B. tabuisierte Worte verwenden, denn man gibt sie ja nur wieder.
- 20 Dies Problem tauchte in der Diskussion des Vortrages von Luborsky zum ZBKT auf der Londoner IPA Standing Conference auf und wurde von Kächele beschrieben.
- 21 Das scheint ein Ergebnis von Interaktion zu sein, wenn sie von den Beteiligten beschrieben wird: Anna O. sprach vom „chimney sweeping“, ihre Ärzte, Freud und Breuer, nannten es griechisch „katharsis“ – unterschiedliche Metaphern, doch große semantische Überschneidungen durch Evokation bildhafter Szenen.

## Literatur

- Abend, S. M. (1979): Unconscious Fantasy and Theories of Cure. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 27, 579-596
- Baranger, M. & Baranger, W. (1966): Insight and the analytic situation. In: Litman, R. (ed.), *Psychoanalysis in the Americas*. New York: Int. Univ. Press
- Bateson, G. (1982): Geist und Natur. Eine notwendige Einheit. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Beckmann, D. (1976): Paardynamik und Gesundheitsverhalten – Einige Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung. In: H. E. Richter, H. Strotzka & J. Willi (Hg.), *Familie und seelische Krankheit*. Reinbek: Rowohlt
- ders. (1979): Geschlechtsrollen und Paardynamik. In: Pross, H. (Hg.), *Familie – wohn? Leistungen, Leistungsdefizite und Leistungswandlungen der Familien in hochindustrialisierten Gesellschaften*. Reinbek: Rowohlt
- ders. (1989): Hermeneutik in der Psychologie: Jahrbuch der medizinischen Psychologie, Band 3. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- von Benedek, L. (1992): The Mental Activity of the Psychoanalyst. *Psychotherapy Research* 2, 63-72
- Bergmann, J. R. (1987): Klatsch. Zur Sozialform der diskreten Indiskretion. Berlin, New York: de Gruyter
- Black, M. (1977): Mehr über die Metapher. In: Haverkamp, A. (Hg.), *Theorie der Metapher*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft 1983
- Böhme, G. (1990): Sinn und Gegensatz – Über die Dekonstruktion von Geschichten. *Psyche* 44, 577-592
- Buchholz, M. B. (1988): Die therapeutische Situation. *Forum Psychoanalyse* 4, 273-291
- ders. (1992): Arbeit am Widerstand. Eine qualitative Analyse kommunikativer Codes. *Forum Psychoanalyse* 8, 217-237
- Carveth, D. L. (1993): Die Metaphern des Analytikers – eine dekonstruktivistische Perspektive. In: Buchholz, M. B. (Hg.), *Metaphernanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Cremerius, J. (1977): Grenzen und Möglichkeiten der psychoanalytischen Behandlungstechnik bei Patienten mit Über-Ich-Störungen. *Psyche* 31, 593
- Dahl, H. (1988): Frames of Mind. In: ders., Kächele, H. & Thomä, H. (Hg.), *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. (1990): Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten. In: Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hg.), *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* Berlin, Heidelberg: Springer
- Felman, S. (1988): Die Lektürepraxis erneuern. In: Frank, M. & Haverkamp, A. (Hg.), *Poetik und Hermeneutik XIII: Individualität*. München: Fink
- Flick, U. (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit – Überblick und Einleitung. In: ders. (Hg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger
- Freud, S. (1913): Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung. *GW VIII*, 453 ff. Frankfurt/M.: Fischer
- ders. (1914): Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: II. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. *GW X*, 125 ff. Frankfurt/M.: Fischer
- Gay, P. (1984): Erziehung der Sinne. Sexualität im bürgerlichen Zeitalter. München: Beck
- Goffman, E. (1977): Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Goldberg, S. H. (1991): Patients' Theories of Pathogenesis. *Psychoanalytic Quarterly* 60, 245-275
- Grande, T., Wilke, S. & Nübling, R. (1992): Symptom-schilderungen und initiale Beziehungsangebote von weiblichen und männlichen Patienten in psychoanalytischen Erstinterviews. *Zeitschrift f. psychosomatische Medizin* 38, 31-48
- Holt, R. R. (1989): Freud Reappraised: A fresh Look at Psychoanalytic Theory. New York: Guilford Press
- Holzman, Ph. S. (1985): Psychoanalysis: Is the Therapy Destroying the Science? *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 33, 725-770
- Johnson, M. (1987): The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination and reason. Chicago: University of Chicago Press
- Kächele, H. (1992): Narration and Observation in Psychotherapy Research: Reporting on a 20 Year Long Journey From Qualitative Case Reports to Quantitative Studies on the Psychoanalytic Process. *Psychotherapy Research* 2, 115
- ders., Heldmaier, M. & Scheytt, N. (1990): Fokusformulierungen als katamnestic Leitlinien. Zur Beurteilung einer psychodynamischen Kurztherapie. *Prax. Psychother. Psychosom.* 35, 205-216
- Kleinman, A. (1988): The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. New York: Basic Books
- Küchenhoff, J. (1992a): Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zur Psychopathologie und Psychosomatik von Körpersymptomen. Heidelberg: Asanger
- ders. (1992b): Einige Dimensionen des vergessenen Körpers in Psychoanalyse und Psychosomatik. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 42, 24-30
- Lakoff, G. (1987): Women, Fire, and Dangerous Things. Chicago, London: University of Chicago Press
- ders. & Johnson, M. (1980): *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press
- ders. & Kövecses, Z. (1987): The Cognitive Model of Anger Inherent in American English. In: Holland, D., & Quinn, N. (eds.), *Cultural Models in Language and Thought*. Cambridge, London, New York: Cambridge Univ. Press
- Lorenzer, A. (1985): Der Analytiker als Detektiv, der Detektiv als Analytiker. *Psyche* 39, 1
- Martin, E. (1993): Ei und Sperma – Eine wissenschaftliche Romanze aus dem Stoff der Geschlechterstereotypen. In: Buchholz, M. B. (Hg.), *Metaphernanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Mead, G. H. (1973): Geist, Identität und Gesellschaft (1934). Frankfurt/M.: Suhrkamp

- Plaßmann, R. (1986): Prozeßphantasien: Zur Technik der systemischen Einzeltherapie. *Familiendynamik* 11, 90-108
- Quinn, N. (1982): „Commitment“ in American marriage: A cultural analysis. *American Ethnologist* 9, 775-798
- Ricoeur, P. (1986): Die lebendige Metapher. München: Fink
- Riemann, G. (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink
- Rudolf, G. (1992): Körpersymptomatik als Schwierigkeit der Psychotherapie. *Prax. Psychother. Psychosom.* 37, 1123
- Schafer, R. (1973): The Idea of Resistance. *Int. J. Psycho-Anal.* 54, 259-285
- Schöttler, B. & Buchholz, M. B. (1993): „Haltung“, „Prozeßphantasie“ und „Fortschrittsvorstellung“ nach stationärer Psychotherapie – Das Tiefenbrunner Abschlußinterview. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 43, 140-149
- Spence, D. P. (1987): The Freudian Metaphor. *Toward Paradigm Change in Psychoanalysis*. London, New York: Norton
- Streck, J. (1991): Sprachanalyse als empirische Geisteswissenschaft. Von der „philosophy of mind“ zur „kognitiven Linguistik“. In: Flick, U., v. Kardorff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (Hg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union
- Wallerstein, R. S. (1990): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. *Wiederaufnahme einer Diskussion. Psyche* 44, 967-994
- Weingarten, E. (1985): Die Methoden der Konstruktion sozialer Wirklichkeit: Grundpositionen der Ethnomethodologie. In: Jüttemann, G. (Hg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim, Basel: Beltz
- Weinrich, H. (1963): Semantik der kühnen Metapher. In: Haverkamp, A. (Hg.), *Theorie der Metapher*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft 1983
- Whitman, R. M. (1980): The Dream as Curative Phantasy. In: Natterson, J. M. (ed.), *The Dream in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson
- Worbs, M. (1983): *Nervenkunst – Literatur und Psychoanalyse im Wien der Jahrhundertwende*. Frankfurt/M.: EVA

Alexa Franke/Michael Broda (Hrsg.)

## **Psychosomatische Gesundheit**

### **Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept**

Gesundheitsprobleme werden in unserer Zeit nicht weniger, und dies trotz enormer Forschungsanstrengungen und immer weiter verbesserter Behandlungsmethoden. Die Konzentration auf krankmachende Faktoren verstellt den Blick darauf, was dazu beiträgt, daß Menschen gesund bleiben.

Der Band setzt sich aus verschiedenen beruflichen Perspektiven mit unserem Gesundheitsbegriff auseinander, der bislang noch weitgehend nur durch die Abwesenheit von Krankheit definiert worden ist.

Forum 20, 1993, 186 Seiten, DM 34.-  
ISBN 3-87159-120-3

Bitte fordern Sie unseren Gesamtprospekt an:  
dgv-Verlag, Postfach 13 43, 72003 Tübingen,  
Tel. 0 70 71/4 12 11, Fax 0 70 71/4 50 21

## **Irmgard Vogt und Eva Arnold Sexuelle Übergriffe in der Therapie**

### **Anleitung zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement**

Dieses Manual greift ein vernachlässigtes Thema der Beratungs- und Therapieausbildung erstmals systematisch auf: Sexuelle Übergriffe in Therapie und Beratung.

Das Manual gibt Informationen über Formen, Voraussetzungen und Folgen von sexuellen Übergriffen in Therapie und Beratung, über rechtliche und ethische Standards. Es soll BeraterInnen und TherapeutInnen zu einer kritischen Überprüfung der eigenen Einstellungen und des eigenen Verhaltens anregen.

1993, ca. 100 Seiten, DM 32.-  
ISBN 3-87159-401-6

Bitte fordern Sie unseren Gesamtprospekt an:  
dgv-Verlag, Postfach 13 43, 72003 Tübingen,  
Tel. 0 70 71/4 12 11, Fax 0 70 71/4 50 21